

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

IVONNE TEVAH

PROJETO NASCER: AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Teresa Kleba
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2003

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 12/02/2004

IVONNE TEVAH

PROJETO NASCER: AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Orientadora: Profª. Vera Maria Nogueira Ribeiro
Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social, Departamento de
Serviço Social, Centro Sócio Econômico,
Universidade Federal de Santa Catarina.

FLORIANÓPOLIS

2003

IVONNE TEVAH

PROJETO NASCER: AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Vera Maria Nogueira Ribeiro

Orientadora: Vera Maria Ribeiro Nogueira

1º Examinador: Elizabeth C. de Oliveira Carreirão

2º Examinador: Sarita Elizabeth Bereta

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2003

DEDICATÓRIA

Este estudo é dedicado a todas as mães portadoras do vírus HIV, que mesmo em suas conturbadas gestações, não perdem o encanto de ser mãe ...

AGRADECIMENTOS

À professora Vera Nogueira, minha orientadora, pelo auxílio, compreensão e seu vasto conhecimento, e principalmente pelo dom de ensinar.

À assistente social, Viviane Bergler, pelo conhecimento repassado, perseverança, e amor a profissão.

À minha mãe Luiza, pelo incentivo, amor e ânimo, juntamente com minhas irmãs e irmãos pelo companheirismo e amizade.

Ao meu pai Edson (memória), pelos ensinamentos e vivências, e acima de tudo, pelos seus exemplos.

A Deus, acima de tudo, por dar-me vida e saúde.

“Cada cultura constrói a sua aids própria e
específica, bem como as respostas a ela”.

(Herbert Daniel)

RESUMO

O presente estudo analisa, a proposta de tratamento do Ministério da Saúde, destinados à gestantes portadoras de HIV, no âmbito hospitalar, correlacionando equipes multidisciplinares e trabalhos em saúde, denominado Projeto Nacer. Primeiramente, dentro da concepção de atuação do serviço social, focalizo brevemente a questão social relacionada à saúde, mais especificamente ao HIV. Trago também, pontos de caracterização do Projeto Nacer, e suas formas de atuação nas rotinas hospitalares propostas. Assim, correlaciono estas propostas, com as ações pertinentes dos assistentes sociais, como profissionais aptos a exercer tais atividades, de acordo com a lei que regulamenta sua profissão, e sua competência teórico-metodológica, ética e política.

Palavras-chave: Questão Social, Projeto Nacer, Serviço Social, Competências Legais

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	<i>Anti-retroviral</i>
AZT	Ziduvina
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HU	Hospital Universitário
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PATG 076	Protocolo 76 do Aids Clinical Trial Group
PSF	Programa Saúde da Família
RN	<i>Recém Nascido</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TV	Transmissão Vertical

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 AIDS NA ÓTICA DA QUESTÃO SOCIAL	12
1.1 Serviço Social e a Questão Social	26
2 PROJETO NASCER	30
2.1 Justificativa do Projeto	33
2.2 Objetivos	35
2.3 Abrangências	36
2.4 Metodologia	37
2.5 Capacitação do Projeto Nascer	38
2.6 Perspectivas	41
3 ANÁLISE DO PROJETO À LUZ DAS COMPETÊNCIAS ÉTICO-POLÍTICAS	43
E TÉCNICO OPERATIVAS DO SERVIÇO SOCIAL	
3.1 Acolhimento	43
3.2 Aconselhamento	45
3.3 Escuta qualificada e esclarecimentos de direitos	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	61

INTRODUÇÃO

A experiência de estágio curricular do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado no Hospital Polydoro Ernani de Santiago¹ (Hospital Universitário) de Florianópolis, foi o ponto inicial de uma reflexão do trabalho de apoio sócio assistencial à gestantes portadoras do vírus HIV, no Serviço Social da Maternidade

Partindo da prática, na Unidade de Alto Risco, destinada a pacientes que geralmente requerem técnicas de atenção mais especializadas até o término de sua gestação, acompanhei juntamente com a Assistente Social, alguns casos de gestantes portadoras do vírus, que encontravam-se alojadas na Unidade – AR (Alto Risco)² e paralelamente eram acompanhadas pelo Serviço Social até sua alta. A práxis desta Unidade é a seguinte: o acompanhamento de todas as pacientes até o período de puerpério; em alguns casos o acompanhamento de seus RN – Recém-Nascidos na Unidade de Neonatologia até condições para alta, ou ainda, a alta da gestante pré-termo em condições aptas à maturação restante de sua gestação até a data estimada do nascimento³, embora cientes de que a gestação de uma parturiente portadora do vírus HIV não se inclui neste grupo de Alto Risco, designado pelo Ministério da Saúde.

A procura de dados mais aprofundados em relação a um projeto destinado a gestantes portadoras do vírus HIV, conduziu a constatação de que era familiar a prática exercida pela Assistente social, quanto as tarefas expostas à equipe de saúde relacionadas com o parto propriamente dito, assim primeiramente exposto o Projeto Nascer.

¹ Ver histórico da instituição em: Graziela de Almeida Soares, Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da UFSC, 2001

² Segundo a Portaria Nº 3.016 do Ministério da Saúde, considera a necessidade de organizar e hierarquizar os serviços de assistência à gestante de alto risco e considera a necessidade de qualificação dos recursos humanos para atuarem na gerência e assistência desses atendimentos. (Ministério da Saúde, 19/06/1998). Em 20 de agosto de 1998, a Portaria 3.482, indica a importância da melhoria da atenção obstétrica e neonatal para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, e exalta também a necessidade dessa assistência para assegurar uma melhor qualidade no atendimento a gestante de alto risco.

³ Tarefas previstas no Plano de ação de Serviço Social do Hospital Universitário e na Filosofia da Maternidade, 1995.

Embora ciente de que todo o profissional comprometido na área da saúde, tanto na promoção como na prevenção, pudesse exercer a atividade de educador, constatei que para o Assistente Social em específico, segundo os ensinamentos teóricos da academia, havia realmente uma competência técnica operativa para tratar assuntos ligados a questões que vão muito além do binômio saúde X doença, pois como observei não só no caso do vírus HIV, mas na compreensão e assistência de muitas permanências de gestantes na maternidade, onde estas eram acompanhadas de problemas sociais, econômicos e políticos.

Este trabalho tem por objetivo reanalisar o apoio assistencial do Ministério da Saúde, destinado a estas gestantes portadoras do vírus HIV através do Projeto Nascer, no conjunto de trabalhos das equipes multidisciplinares, questionando de que forma o Serviço Social colabora, ou melhor, poderia colaborar, com estas atividades.

Assim, ressalto um novo olhar perante as atividades propostas pelo Projeto Nascer aos profissionais da área de saúde, em específico, ao Assistente Social, e as competências propostas aos profissionais pelo projeto, que por si só, já fazem parte das rotinas de trabalho do profissional de Serviço Social no ambiente hospitalar.

Partindo destes princípios, proponho incorporar a prática do Assistente Social, no contexto previsto pelo projeto, tendo como ponto de partida o objeto trabalhado pelo Serviço Social. Explicito: expressões da questão social adaptada na área da saúde, segundo suas competências e especialidades, como profissional habilitado e indicado para exercer com bastante propriedade as atribuições e propostas do Projeto Nascer, baseado em sua competência teórico-metodológica, ética, social e política.

1 AIDS NA ÓTICA DA QUESTÃO SOCIAL

Hoje em dia são necessários, esforços coletivos para compreendermos a AIDS como uma epidemia mundial que necessita de colaboração e atuação da sociedade para detê-la e, acima de tudo, para compreendê-la, pois não se resume mais em uma chamada “minoridade de doentes”, chegando hoje a um número expressivo em relação à população brasileira. (Anexo 01)

Agregarmos a idéia de questão social a uma doença pode-se considerar uma idéia utópica, porém, em se tratando do vírus HIV, a moléstia por ele provocada não se expressa somente ao nível saúde X doença (nível biológico), mas sim em uma questão problemática impregnada de processos de exclusão, estando estes ligados a questões de sexualidade, gênero, saúde reprodutiva, controle epidemiológico; marcada fortemente pelo preconceito e discriminação aos portadores, provocando reações sociais, culturais, econômicas e políticas de distintos matizes.

Relacionando esta questão social apresentada, à questão social na área da saúde, Rodrigues e Araújo focalizam para o objeto a ser trabalhado:

[...] muitas pessoas acreditam que o objeto, no campo da saúde, é a cura, ou a promoção e a proteção da saúde, mas podemos dizer que é a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingidas a cura e a saúde, os reais objetivos que se deseja atingir, sendo os trabalhadores de saúde sujeitos ativos nesse processo de produção. Nesse sentido, *o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se ao contrário sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para esse processo fazendo parte dele.*

Embora seguindo a concepção de que a questão social esteja indiscutivelmente inerente à produção e reprodução do modo capitalista, trato aqui a epidemia como um recorte singular, não vinculado somente à idéia do fator “doença” ligado ao controle epidemiológico, mas as respostas que a sociedade dá ao convívio com a doença, seu surgimento, visto como resultados de comportamentos transgressores e pecaminosos, e a forma

que o Estado, responsável pelo bom andamento social e político da sociedade, dá ao controle da doença através de políticas públicas, em se tratando de uma doença “cara” a nível de medicação e contenção.

Primeiramente, é necessário situarmos a que idéia de “social” estamos trabalhando, e onde isto engendra na concepção de saúde referente à questão AIDS.

Para Wiese (2003), a realidade tem mostrado que o social pode assumir várias configurações, dependendo com que objetivos e metas é pensado e efetivado. Pode adquirir caráter de justiça, igualdade e universalidade, pode ser identificado como desenvolvimento social, políticas sociais, economia solidária e resgate das dívidas sociais. Muitas vezes o uso do “social” tem a conotação de recursos destinados nos orçamentos sociais de governos e empresas, setores sociais atendidos pelas igrejas e por fundações “órgãos específicos que têm por natureza atribuições nas chamadas áreas sociais”.

O termo social, com o passar dos anos, vai incorporando conotações de acordo com as mudanças econômicas, políticas e seus reflexos na sociedade, agravando mais ainda a enorme distância das diferenças de classes, refletindo diretamente as políticas que o Sistema Estatal proporciona como manutenção básica à sobrevivência humana (moradia, saúde, saneamento, educação, alimentação, entre outras).

A desigualdade no processo de desenvolvimento do país tem sido uma de suas particularidades históricas: o moderno se constrói por meio do “arcaico”, recriando nossas heranças brasileiras ao atualizar marcas persistentes e, ao mesmo tempo, transformando-as no contexto da globalização. Essa coexistência de temporalidades históricas desiguais faz com que a questão social presente, hoje tanto marcas do passado quanto do presente, radicalizando-as. (Iamamoto, 2003, p.30)

Enquanto um fenômeno social pode ser considerado individual e abrangente, a exclusão social vem sendo construída e reconstruída nas relações cotidianas revestidas de

matizes ideológicos que obscurecem aspectos significativos para sua apreensão analítica. Pode-se dizer, em outros termos, que cada um dos domínios do conhecimento que aborda a igualdade e a desigualdade, – a exclusão social –, apresenta uma tendência para segmentar e parcializar a abordagem em focos restritos e de alta densidade explicativa, não os articulando, entretanto, entre si. (Nogueira e Schwartz, 2000, p.96)

Para alguns autores, o termo exclusão é impreciso, não existe exclusão, mas sim uma contradição: existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes; existe o conflito pelo qual a vítima de tais processos proclama seu inconformismo, seu mal-estar, sua revolta, sua esperança, sua força reivindicativa e sua reivindicação corrosiva. Essas reações não correm fora dos sistemas econômicos e de poder. Elas constituem tais sistemas, fazem parte deles, mesmo que negando. As reações não correm de fora para dentro. Mas dentro da realidade que produziu os problemas que as causam. (Nogueira e Schwartz, 2000, p.97)

No entanto, a questão social não se restringe somente a fatores de exclusão social, mas também a falta de proteção social por parte das políticas públicas; a falta de abrangência efetiva das políticas propostas quanto a equidades de atendimento, a falta de grupos de apoio à inserção na vida social de forma reinteradora através de programas destinados a eliminação desse binômio exclusão versus reinclusão social, garantido pela Constituição brasileira, ou até mesmos propostas de ações paliativas por parte da sociedade civil a fim de “contribuir” ao trabalho do Estado que não efetiva sua universalidade.

Historicamente, o conceito do social é identificado de forma restrita, tendo no econômico o seu contrário, como representante de eficiência, como enfoque a ser dado na solução para uma sociedade forte. Esta concepção remete ao entendimento de que o social está desvinculado da sociedade pois não é eficiente, reforçando-se a idéia de carência. (Wiese, 2003, p.108)

[...] por um lado, a satanização do Estado: o Estado é tido como o diabo, responsável por todas as desgraças e infortúnios que afetam a sociedade capitalista. Por outro lado, a exaltação e santificação do mercado e da iniciativa privada, vista como a esfera da eficiência, da probidade e da austeridade, justificando a política das privatizações. (Iamamoto, 2003, p.35)

Entende-se, assim, que a idéia contemporânea do repasse da responsabilidade do Estado para a Sociedade Civil, do que se diz respeito ao “social”, traduz a desculpa de falta de estrutura econômica para suprir a grande demanda de questões inerentes ao capitalismo, que estaria fora da alçada organizativa do Estado, mas que, embora com medidas paliativa, é ciente de sua competência e inoperância, para ao menos justificar o trabalho com parcerias das Organizações Não Governamentais.

Para Wiese (2003, p.61), diante desta perspectiva na qual o social está implicado na discussão das políticas sociais expressas como mecanismos para minorar a pobreza, a miséria, a carência, e o ineficiente; e a sociedade civil relacionada ao mercado, traduzida como mecanismos eficientes e mediadores destas políticas, revelam um pensamento dicotomizante entre a sociedade e o social, expressado cada vez mais no discurso e na implementação das bases neoliberais no cenário brasileiro.

Para Netto (2001, p.47), a conjunção “globalização” mais “neoliberalismo” veio para demonstrar aos ingênuos que o capital não tem nenhum “compromisso social” – o seu esforço para romper com qualquer regulação política, extra-mercado, tem sido coroado de êxito.

Segundo a configuração de Wanderley (2000, p.108), sobre o que o social pode adquirir como reflexo das configurações do modo de produção, atenta para a tendência de recair na existência de três perspectivas para a conceituação do social:

- ênfase no econômico e no social como respostas. Diante desta perspectiva o que ganha evidência e importância é o investimento, o aumento de empresas, a geração de mais

empregos, maior renda e salários. Neste sentido, se o econômico vai bem, conseqüentemente o social também vai.

- como sendo uma parte do todo da sociedade, ou seja, manter um caráter setorial. Este é um conceito de base positivista que traz a idéia de que as partes devem compor o todo, assim sendo, a sociedade é formada pelos seus aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais. Traduz-se isso em setores específicos da sociedade, num dado contexto social como, por exemplo, saúde, educação, assistência social, habitação, entre outros. Esta idéia atrela-se indiretamente a primeira, pois se a economia vai bem e os outros setores da sociedade também vão.

- entendido como questões de pobreza e desigualdades sociais que podem ser resolvidas, não dependendo dos governos, pois estes levam muito tempo para uma solução. Esse discurso apresenta a grande dificuldade da resolução das questões que envolvem a pobreza e as desigualdades sociais. Sob esta ótica, as problemáticas são históricas, por isso de difícil resolução. A saída está construída no equacionamento e resolução dos problemas econômicos, financeiros e políticos. Caracterizando-se pela adoção de políticas públicas compensatórias.

Segundo Yazbek (2001, p.37), trata-se de um modelo de Estado que reduz suas intervenções no campo social e que apela “a solidariedade social, optando por programas focalistas e seletivos, caracterizados por ações tímidas, erráticas e incapazes de alterar as imensas fraturas entre necessidades e possibilidades efetivas de acesso a bens, serviços e recursos sociais”.

A partir deste ponto, entendermos a saúde como uma questão que não engloba apenas fatores biológicos e ecológicos, e que requer por parte do Estado uma concepção além de que saúde resume-se apenas a falta de doença, ou a idéia de promoção de saúde desvinculada à prevenção, aos esclarecimentos e à educação da população.

Para Iamamoto (2001, p.10), surge uma nova concepção da questão social, intitulada “nova questão social”, na qual trata-se do resultado da inadaptação dos antigos métodos de gestão do social, enfocando como produto da crise do “Estado providência”, transformando em uma gestão mais humanizada e eficaz dos problemas sociais. Suas respostas ao enfrentamento desta questão, apontam para a canalização de mecanismos reguladores do mercado e para as organizações privadas, as quais partilham com o Estado a implementação de programas focalizados e descentralizados de “combate à pobreza e a exclusão social”.

Embora com vários estudos anteriores, após a Segunda Guerra Mundial, a Medicina retoma seus paradigmas referentes às concepções multicausais dos modelos de surgimento e caracterização de doenças através de diversas óticas, dentre elas a social.

Segundo esta concepção, de modelo multicausais, Barata (1985, p.32), este é útil ao capitalismo porque uma vez que se entenda que as alterações do homem são exclusivamente biológicas e as relações entre agente, hospedeiro e meio se dão no plano ecológico, “pode-se atuar sobre todos estes fatores com medidas ecológicas, sem necessidade de modificar a organização social”.

Na década de 70, ressurgiu a discussão de medicina social iniciada em 1848, identificado como o modelo da “epidemiologia social” defendendo que o processo saúde/doença é social e biológico, mas com historicidade própria.

Tomamos a última concepção, que é a mais aceita até os dias atuais, como ponto de continuidade para a lógica da doença que relaciona condicionantes externos e fatores biológicos, surge o modelo de determinação social da doença como retomada das abordagens sociais da epidemiologia.

O contexto social da época era marcado por uma crise econômica e política com conseqüente diminuição do gasto social do Estado capitalista. Os altos custos e a baixa

eficácia da medicina curativista e hospitalar, fizeram surgir a nova conceituação do processo saúde/doença e a formulação da concepção de determinação social das doenças.

Para Laurell (1983, p.34), há outro entendimento que leva em consideração que o social não é apresentado como uma variável ao lado dos outros fatores causais da doença, mas como um campo em que ela adquire um significado específico. O social não é expresso sob forma de um indicador de consumo (renda, nível de instrução, etc). Ele aparece sob forma de relações sociais de produção responsáveis pela posição de segmentos da população na estrutura social.

Luz, referenciado por Narciso (2003, p.34), destaca que “ para haver saúde é necessário que se mude a sociedade”, pois são de fato as condições sociais e econômicas que explicam o surgimento das doenças. Corrobora-se a idéia de que saúde e doença possuem relação direta com o social, como reflexo direto da sociedade.

A partir deste panorama da representação do social traduzido nas chamadas questões sociais (a aspectos sociais, políticos e biológicos), enfocados à doença, apresento uma breve leitura da AIDS como epidemia.

Analisando pelo histórico social da doença, na década de 80, ela foi responsável por grandes modificações no campo social, político e, principalmente, da saúde, pois com o decorrer dos anos, a identidade do vírus HIV, trava um desafio não somente no combate à doença, mas também na sua nova configuração social que vai tomando corpo a medida de sua ocorrência, nas mais diversas camadas sociais, combatendo a idéia da rotulação do até então conhecido “Grupo de Risco”.

Em suma, os Grupos de Risco, (entre 1977 e 1978), em que ocorreram os primeiros casos nos Estados Unidos, no Haiti e na África Central, eram constituídos geralmente por homossexuais, receptores de sangue e hemoderivados, usuários de drogas e profissionais do sexo, fazendo com que, a partir desta caracterização, o Governo tomasse medidas preventivas

como campanhas de uso de preservativos, e de materiais descartáveis e o não compartilhamento de seringas, junto a estes grupos em específico.

No Brasil, a doença foi identificada pela primeira vez em 1983, em um indivíduo que manifestou-a em 1980 e veio a falecer em 1981.

A identificação do agente etiológico, a disponibilidade de testes diagnósticos e outros avanços tecnológicos levou a sucessivas modificações na definição de caso de aids. As pesquisas clínicas e os dados epidemiológicos tiveram um papel fundamental na “formação do consenso em torno do HIV, como foi chamado o agente causal da aids”.(MS, 2002, p.04).

Sabe-se, a partir do aprimoramento das pesquisas, que o indivíduo é contaminado pelo HIV. Este vírus torna o sistema imunológico vulnerável a doenças oportunistas, que podem se tornar graves, predispondo a caracterização propriamente dita da AIDS, a chamada causa morte em alguns casos, devido à falta de imunidade do organismo e de outros fatores biológicos específicos do vírus.

Com o passar dos anos, a população atingida foi sendo ampliada: crianças, mulheres, usuários de drogas e indivíduos expostos ao sangue (hemofílicos).

Infelizmente, nem todas as campanhas para prevenção foram ampliando o público-alvo, principalmente por parte dos organismos governamentais que, lançando campanhas de prevenção como: “Cuidado, AIDS Mata!⁴”, o que demonstrou ainda mais a discriminação e a exclusão por parte da sociedade assustada pela eclosão da epidemia e pelo surgimento deste novo grupo excluído, agora intitulados por “aidéticos”.

Estes, paralelamente, ganhavam, além de um estigma pela sua nova condição de sobrevivência (condição de doente contagioso), um passaporte de exclusão da sociedade, tanto ao nível de recursos para sua saúde, quanto de convívio cotidiano. A participação nos grupos sociais, o trabalho, a escola, foram deixando de fazer parte da vida destes indivíduos devido à falta

⁴ Primeira peça publicitária em 1988, para prevenção das DST/Aids, veiculadas nacionalmente.

de informação e a idéia de repulsa e ojeriza provocada pela mídia e inculcada, até mesmo, na mente do próprio doente revoltado pela sua nova condição.

Gradativamente, surge a preocupação da área social com o estigma criado em ser “doente” ao invés de “portador do vírus”. Ser “doente” acarretava não somente a morte social com o medo da denúncia perante a sociedade, mas também a dificuldade da reintegração social, inserção no mercado de trabalho e a falta de assistência adequada à saúde, em uma camada de usuários que, acima de tudo, eram considerados cidadãos portadores de direitos e deveres iguais aos demais indivíduos da sociedade.

Buscando compreender melhor a construção social da doença e as respostas que a sociedade expressa, Ayres (1999, p.23), alega que é necessário fazer uma trajetória das diferentes etapas históricas da epidemia. O primeiro período, de 1981 a 1984, trata da nova identidade clínica da doença, em que se buscam novos estudos relacionados a fatores de riscos associados à doença.

No segundo período, de 1985 a 1988, define-se o caráter da doença, não existindo mais limites geográficos, étnicos, de orientação sexual e cultura, reiterando a idéia de “grupos de risco” para “comportamentos de risco”, universalizando a informação de que não existiam mais vítimas ou culpados da doença.

O último período, de 1989 aos dias atuais, visualiza outras óticas como vulnerabilidades: a pauperização e feminilização da doença, os desenvolvimentos tecnológicos, o surgimento do tratamento e o prognóstico retroviral, e a não adesão por parte dos portadores à terapia, entre outros.

A vulnerabilidade individual considera três pressupostos: Todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável ao HIV, podendo variar em decorrência dos valores e recursos que dispõe para se proteger. As pessoas infectadas pelo HIV têm sua vulnerabilidade à morbidade, invalidez ou morte, diretamente relacionada com o precário acesso à assistência à saúde. Esta vulnerabilidade relaciona-se às condições cognitivas (informações), comportamentos (mudanças de atitudes) e sociais (acesso a recursos). [...] se tratando de vulnerabilidade social ou coletiva,

o objetivo é não só propiciar aos indivíduos elementos para sua avaliação relacionada aos fatores de exposição, mas também construir um diagnóstico para direcionar os grupos organizados ao planejamento das ações. (NARCISO, 2003, p.24)

Conscientizando-se da importância que a AIDS adquiriria no cenário nacional, o MS criou, em 1986, a Comissão Nacional de AIDS em 1988, o Programa Nacional (PN) de DST/AIDS. A rápida proliferação da doença no país exigia que o PN se voltasse para ações de caráter emergencial. Entre 1980 a 1988 o número de casos registrados passou de 1 para 5.712 (Ministério da Saúde, 1989).

A proposta inicial de intervenção do PN (Ministério da Saúde, 1988) apresentava como princípio a promoção da integração da assistência à AIDS ao Sistema Público de Saúde por meio da descentralização e da otimização do uso dos recursos existentes. Recomendava-se a constituição, na rede pública, de ambulatórios de alta capacidade de resolução, a estruturação de uma rede de hospital-dia e a implantação do atendimento domiciliar, que funcionasse com equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos). Além disto, preconizavam a estruturação de casas de apoio em conjunto com organizações comunitárias, estipulavam as necessidades de leitos hospitalares em função do número de casos vivos de AIDS e defendiam a integração dos serviços a um sistema de referência e contra-referência que assegurasse respostas às demandas ambulatoriais e hospitalares.

Com o aparecimento das iniciativas governamentais, alguns estados, movidos pelo crescente número de casos de AIDS e respaldados por autonomias administrativas, avançaram de forma considerável na implantação de práticas institucionais que dariam origem a serviços de saúde pioneiros, como por exemplo, o Centro de Referência e Treinamento para a AIDS (CRTA), em São Paulo, em 1983. Ao mesmo tempo, surgiram as primeiras organizações não-

governamentais (ONGs), que, por meio das casas de apoio, passaram a desempenhar importante papel na área de assistência.

Os avanços na área de medicamentos foram, contudo, mais lentos. O conhecimento sobre a patologia e a história da infecção pelo HIV/AIDS condicionavam este fenômeno. Até o final dos anos 80, a abordagem terapêutica dos pacientes portadores do HIV/AIDS limitava-se ao tratamento das infecções oportunistas. O surgimento da zidovudina (AZT), em 1987, constituiu-se como a primeira esperança terapêutica no controle da infecção pelo HIV. Em 1988, o MS dá início ao fornecimento, na rede pública de saúde, de alguns medicamentos destinados ao tratamento de complicações oportunistas associadas à infecção, ao mesmo tempo em que autoriza a comercialização do AZT. Neste momento, já se observava um grande consumo deste medicamento sob o ônus individual; de hospitais e secretarias estaduais que passaram a adquirir e distribuir o AZT.

Travava-se a partir daí um trabalho mútuo do público (MS) e do privado (ONG), para garantia de direitos delimitados pela Constituição Federal, quanto a distribuição de medicamentos gratuitos. Do campo legal, vão-se avivando os direitos dos cidadãos e as políticas de atenção específicas para portadores do vírus HIV.

Os direitos sociais do cidadão são: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (Constituição Federal Art. 6º e Emenda Constitucional nº 26 de 14.02.2000).

Com a mudança da concepção na direção das políticas de assistência e de prevenção à pessoa doente e não à doença AIDS, criaram-se diversas discussões de natureza política, ética e legalista referentes a este grupo frágil da sociedade mas, ainda assim, tendo como base o fator doença, correlacionando com questões circunvizinhas como saúde, educação, trabalho, moradia, orientação sexual sem discriminação, prevalência do exercício da cidadania, sigilo

profissional por parte de quem auxilia, acesso a medicamentos, ética, benefícios previdenciários, etc.

O Sistema Único de Saúde – SUS, composto por instituições governamentais, filantrópicas e privadas conveniadas, é coordenado pelo Ministério da Saúde, cabendo aos estados e municípios a execução dos serviços. Suas características fundamentais são: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, racionalidade, eficácia e eficiência, controle social. Não se trata de um serviço ou de uma instituição, mas de um sistema que significa um conjunto integrado de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum, como atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em 1986, o Governo Federal publicou uma portaria ministerial criando o Programa Nacional em Combate as DST e Aids e incluiu naquele mesmo ano a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS na lista nacional de doenças de notificação compulsória portaria nº 1.100, de 24 de maio de 1986.

Atualmente, a Coordenação Nacional de Aids recomenda que as ações de prevenção, intervenção educativa, promoção à saúde e assistência sejam dirigidas aos seguintes grupos considerados mais vulneráveis: homens que fazem sexo com homens HSH, profissionais do sexo, usuários de drogas, pessoas vivendo com HIV/Aids, pessoas privadas de liberdade, mulheres e outras populações mais vulneráveis, de acordo com a realidade epidemiológica do Estado (MS, 2002).

Em dezembro de 2002, através da Portaria nº 2313/GM, o MS estabeleceu novas diretrizes considerando a importância da formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e AIDS, instituindo, entre outras ações, formas de incentivo e repasse de recursos financeiros da sociedade civil e de controle social sobre as ações de HIV/Aids (MS, 2002)

O conceito hegemônico sobre os grupos mais atingidos pela doença, até então, foi um fator importante para a população feminina não se perceber como vulnerável à infecção pelo HIV, conseqüentemente não adotando medidas preventivas. A não inclusão nos “grupos de risco” afastou-as dessa possibilidade e as ações de prevenção direcionadas a elas foram tardias. A própria cultura brasileira, com sua visão machista vertical e desigual, no cotidiano das relações de gênero, reforçou esse atraso. Atualmente, o progressivo aumento no número de casos de AIDS entre mulheres em todas as regiões brasileiras na sua grande maioria causados pelo contágio do HIV em relações heterossexuais, vem recebendo atenção na forma de ações de prevenção e controle da infecção. Outro dado importante a ser considerado é que 38,2%⁵ das mulheres com AIDS contraíram o vírus compartilhando seringas ou com parceiro usuário de drogas injetáveis. (Histórico da Epidemia da AIDS e Tendências Atuais - MS)

Como forma de controle do Ministério da Saúde, após a notificação compulsória⁶, constata-se que o acompanhamento contínuo da prevalência da infecção entre as gestantes fornece um indicador mais representativo da infecção entre as mulheres, uma vez que a sua base populacional permite a detecção precoce de flutuações da prevalência e/ou alterações do perfil epidemiológico da infecção. (Ministério da Saúde, 2000).

Embora várias atitudes por parte governamental, com o intuito de manter sob controle toda esta questão social, política, econômica mundial, constatamos que, mesmo assim, está fora do controle das grandes competências das políticas públicas pois, infelizmente, existe uma grande lacuna entre as medidas propostas e as ações efetivas nos sistemas de saúde.

Iniciamos pela idealização de direitos para todos e, da mesma forma, universalidade e igualdade, mas que podemos considerar que este grupo em questão

⁵ Estatística elaborada pelo Ministério da Saúde em 2000.

⁶ A Notificação Compulsória, foi oficializada pela Portaria nº 993 de 4 de setembro de 2000, onde o Ministério da Saúde pronuncia-se, declarando a AIDS como Infecção, de notificação obrigatória em todo território nacional ao Ministério da Saúde.

(portadores de HIV), carregam um histórico de desrespeito, preconceito e, principalmente, de exclusão, ocasionados pela falta de esclarecimento e entendimento, em primeiro lugar, por parte dos órgãos de comunicação, que com o decorrer dos anos foram responsáveis pela criação de estigmas, que acarretaram em problemas sociais mais gerais, como desemprego, isolamento familiar, e até mesmo uma chamada “morte social”.

Os gestos, as ações e as atitudes, o exercício do respeito, da aceitação e do apreço à diversidade das culturas de nosso mundo, por menores que sejam, estão contribuindo para fomentar os direitos humanos. Estes se referem a um sem-número de campos da atividade humana: o direito de ir e vir sem ser molestado; o direito de ser acusado dentro de um processo legal e legítimo, onde as provas sejam conseguidas dentro da boa técnica e do bom direito, sem estar sujeito a tortura e maus tratos; o direito de exigir o cumprimento da lei; o direito de trabalhar e viver sem se tornar algo de humilhações, violência, agressões, desrespeitos, perseguições e discriminações. (Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998, p.49)

1.1 Serviço Social e a Questão Social

A resposta à questão social institucionalizada fica a cargo, prioritariamente, do Estado. É ele quem executa as atividades assistenciais e requisita o profissional de Serviço Social, constituindo-se, historicamente o maior empregador deste profissional. (CARDOSO, 2000 p.87)

Neste sentido, Iamamoto faz uma retomada quanto às mudanças no sistema capitalista e qual o papel do Estado nesta nova reorganização:

As transformações no mundo do trabalho vêm acompanhadas de profundas mudanças na esfera do Estado consubstanciadas na Reforma do Estado, exigidas pelas “políticas de ajustes”, tal como recomendadas pelo Consenso de Washington. Em função da crise fiscal do Estado em um contexto recessivo, são reduzidas as possibilidades de financiamento dos serviços públicos; ao mesmo tempo, percebeu-se o “enxugamento” dos gastos governamentais, segundo os parâmetros neoliberais. Cabe, entretanto indagar: o enxugamento do Estado para quem? (Iamamoto, 2003 p.34)

Com a Constituição de 1988, integrando a Assistência Social na Seguridade Social, concebendo o dever do Estado e direito ao cidadão do plano de assistência, constata-se mais uma preocupação por parte do Estado de como intervir nestes serviços ao cidadão, juntamente com várias outras preocupações como pobreza, desemprego, saúde, etc.

Utilizar a concepção dos direitos humanos no enfrentamento de epidemias significa reafirmar que o conceito de saúde faz parte do elenco de direitos já reconhecidos pelos diversos tratados internacionais. Saúde, hoje, é sobretudo uma questão de cidadania, e não um estado biológico dissociado do social. Percebeu-se durante a longa história da humanidade que as causas do adoecimento humano encontram-se intrinsecamente ligadas às condições individuais e sociais deste. Portanto, prevenir doenças significa melhorar essas condições individuais, sociais e mais recentemente, a própria qualidade ambiental.

A Constituição de 1988 também ampliou o conceito de saúde e sua abrangência – “direito de todos e dever do Estado”, consagrando-a no tripé da seguridade social (previdência social – saúde – assistência social). Na área específica da saúde incorporamos um

Sistema Único de Saúde (SUS), cuja administração se dá de forma descentralizada, permitindo a participação comunitária e de entidades representativas, através da composição dos Conselhos de Saúde, e de todas as unidades federativas.⁷

Contudo, verificamos que no Brasil existe um conceito mais restrito de saúde e um tanto distanciado da realidade. A nova norma constitucional, após 15 anos, ainda não se coaduna com os indicadores sociais brasileiros. A situação brasileira mescla as doenças da miséria com as do desenvolvimento, o que torna mais complexa a implementação do amplo direito à saúde e o enfrentamento da epidemia de AIDS, exigindo que fronteiras políticas sejam ultrapassadas. (Organização Pela Vida, 2003)

Sabe-se que o Serviço Social, como profissão, não é um mero reflexo de demandas postas pelo agravamento da questão social, mas não se pode negar o significado histórico desse fenômeno nos processos interventivos do assistente social e na sua formação profissional. Daí a necessidade do debate permanente e de pesquisas sistemáticas sobre a questão como um fenômeno vinculado à histórica luta de classes, aprendendo as suas diferentes formas de expressão na totalidade social e suas relações com o Serviço Social como profissão. (CARDOSO, 2000, p.87)

Os assistentes sociais trabalham com esta questão nas suas mais variadas expressões quotidianas. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham estes profissionais, movidos por interesses sociais distintos, dos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida por meio da qual se expressa a questão social. É necessário, além de captar a demanda, captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de re-invenção da vida construída no cotidiano, pois é no presente que estão sendo

⁷ Infelizmente, este controle descentralizado e participativo, nem sempre ocorre da forma prevista, muitas vezes restando a grupos hegemônicos, o controle organizativo do sistema. Atento que nem todos os Conselhos de Saúde ocorrem desta forma, e em alguns casos a efetivação da lei se concretiza realmente.

recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado. (Iamamoto, 2003, p.28).

Com as respostas do modo de produção capitalista, agregando-se ao conceito da questão e exclusão social, constata-se que esta nova expressão vem colocando inúmeros desafios a profissão (Assistente Social), trazendo novas responsabilidades, como agente articulador e mediador de direitos civis e organizações da sociedade civil sobre as polemicas levantadas.

Temos como pressuposto que o Serviço Social trabalha no conjunto das relações de produção e reprodução da vida social, particularizando-se com uma profissão interventiva no âmbito da questão social. A partir daí, reconhecemos que o agravamento desta questão, em face das particularidades do processo de reestruturação produtiva no Brasil, determina uma inflexão no campo profissional, provocada por novas demandas postas pelo reordenamento do capital e do trabalho. (CARDOSO, 2000, p.90)

Hoje, com a reforma do Estado em curso para atender às exigências da atual fase do sistema capitalista, em âmbito internacional, é premente que os assistentes sociais identifiquem a nova face da questão social dos tempos presentes, compreendendo a questão social como um elemento constitutivo da relação entre a profissão e a realidade social. Será possível, então apreender as mudanças que estão ocorrendo no Serviço Social como profissão, no que diz respeito à sua inserção social, em particular no espaço estatal, e as demandas que possam estar se configurando para as profissões de corte social. (SERRA, 2000, p. 169)

Caracterizando o Assistente Social, este tem, como categoria, lidar com múltiplas expressões das relações sociais da vida quotidiana, o que permite dispor de acervo privilegiado de dados e informações sobre as várias formas de manifestações das desigualdades e da exclusão social e sua vivencia pelos indivíduos sociais. Essa proximidade empírica e teórico-analítica com a questão social poderá ser canalizada para o estímulo e o apoio à pesquisas, assessoria às diferentes esferas de poder - legislativo, judiciário e executivo -, denúncias e

informações para a mídia, tendo em vista a difusão de notícias e denúncias na defesa dos direitos constitucionais. Tais trunfos podem ser utilizados para transformar os espaços de trabalho em espaços efetivamente públicos, a serviço dos interesses da coletividade. (Iamamoto, 2003)

2. Projeto Nascer

Em 18/11/2002, o Ministro da Saúde, Barjas Negri, assinou a Portaria nº 2104/GM, que cria o “Projeto Nascer”. Esse plano amplia a cobertura do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, garantindo que seja feito o teste rápido de AIDS e Sífilis em mulheres que não fizeram os exames no pré-natal oferecidos pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora estime-se que no Brasil existam cerca de 17,2 mil gestantes com o HIV, mas o tratamento das parturientes com AZT ainda não chega a 6 mil casos por ano. O objetivo do Projeto Nascer é testar 100% das parturientes que não realizaram testes anti-HIV. Além disso, visa garantir todos os procedimentos médicos que impedem a transmissão do vírus da mãe para o bebê nos três momentos em que isso pode ocorrer: na gravidez, no parto ou na amamentação.

Para isso, na primeira fase do projeto esta prevista a compra de 300 mil testes rápidos anti-HIV, 10.320 ampolas de inibidor de lactação e cerca de 210 mil latas de leite em pó (fórmula infantil), o que vai garantir a alimentação e nutrição destas crianças expostas ao HIV. As parturientes cujos testes derem positivos serão tratadas com AZT injetável durante o trabalho de parto e tomarão hormônio para secagem do leite.

Após o lançamento do Projeto, o plano de ação do Ministério da Saúde, desenvolveu-se de forma gradativa. O Brasil foi dividido em macrorregiões para que fosse mais bem adaptados os procedimentos do projeto. Nesta divisão, o município de Florianópolis foi enquadrado na Regional Sul, juntamente com mais 15 maternidades, dentre elas, Maternidade Carmela Dutra e o Hospital Universitário de Florianópolis.

Primeiramente, tratava-se de um projeto destinado aos sistemas de PACS e PSF, mas devido a seu foco de abrangência foram abertas as maternidades. No mês de agosto de

2002 em Porto Alegre, foi realizada a primeira, e até então única reunião de implantação do Projeto Nacer, sendo abordados os seguintes pontos:

- panorama da AIDS no Brasil;
- fundamentação Epidemiológica
- soroprevalência do HIV, segundo estudos sentinelas;
- estimativas;
- profilaxia;
- pré-Natal (alguns dados no Brasil)
- transmissão Vertical do HIV;
- consumo de medicação nas gestantes portadoras de HIV e Sífilis;
- objetivos Gerais do Projeto: diminuir a ocorrência da transmissão vertical do HIV, reduzir a morbi-mortalidade associada à sífilis congênita, melhorar a qualidade do atendimento ao parto;
- objetivos específicos: determinar o status sorológico de 100% das parturientes que não tenham sido testadas para a infecção pelo HIV durante o pré-natal e, que após aconselhamento, tenham optado pela testagem; garantir as medidas profiláticas da transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes HIV positivas e seus recém-nascidos; garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-nascidos; testar para a infecção pelo *Treponema pallidum* 100% das parturientes; garantir a adoção de medidas terapêuticas para a sífilis adquirida e congênita; e estabelecer a aplicação de rotinas de melhoria do atendimento ao parto;
- produtos e medicação no tratamento;

- estratégias: composição de grupos matriciais ligados ao Conselho Nacional de DST/AIDS para trabalho de agentes multiplicadores nas demais maternidades;
- forma de Avaliação: através de Indicadores de impacto (equacionando taxa de transmissão vertical através do parto e complementadas no parto) e indicadores de processo (equacionando diagnóstico, tratamento, acompanhamento, rotinas) através de porcentagem de testes de HIV e sífilis e porcentagens de uso de AZT injetável.

Após a exposição destes dados, foram selecionados grupos responsáveis ao repasse de informações deste encontro, denominadas Agentes Multiplicadores.⁸ Estes também são responsáveis pela execução de novos cursos diretamente nas maternidades, com a finalidade de esclarecer mais dados do projeto e sensibilizar as equipes ligadas diretamente com a questão parturiente e recém nascidos, incluindo-se o parto propriamente dito, dentre os escolhidos, destaco os seguintes responsáveis:

- Dra Clarice Salete Fontana, Obstetra.
- Dra Anelise Souto, Neonatóloga
- Sra. Ligia Dutra, Enfermeira Chefe da Ginecologia.
- Sra. Daniela Daniel Laureano, enfermeira da Neonatologia

Todas executam seus trabalhos no Hospital Universitário de Florianópolis.

No mês de maio de 2003, foi realizada a primeira capacitação elaborada pela equipe composta na Regional Sul. Estiveram presentes a Maternidade Carmela Dutra, o Hospital Regional de São José e o Hospital Universitário de Florianópolis, representados por Obstetras, Ginecologistas, Enfermeiras, Assistentes Sociais, Psicólogos, entre outros profissionais.

⁸ Primeiramente, foi solicitado pelo MS que cada Maternidade, indicasse um profissional ligado diretamente com a gestante na hora do parto, apto a participar do projeto.

2.1 Justificativa do Projeto

Justificando a preocupação com as gestantes portadoras do vírus HIV, o Ministério da Saúde relata que a introdução de casos do sexo feminino, ou seja, a feminilização da epidemia, vem a partir de 1992, assumindo cada vez maior importância, e isto se deve a um grande aumento de casos na subcategoria de exposição heterossexual. Se em 1986, apenas 5% dos casos de AIDS notificados eram do sexo feminino, nos últimos anos, a sua participação eleva-se para cerca de 30%.

As mulheres na faixa etária de 25 a 39 anos têm sido as mais atingidas e apresentam maior risco de se infectarem. O aumento da ocorrência de casos no sexo feminino em idade reprodutiva vem, em consequência, aumentando ano a ano a frequência de transmissão materno-infantil do HIV. Essa transmissão que correspondia, entre os casos pediátricos, cerca de 22% no período de 1984 a 1987, atinge, até 31 de junho de 2001, 82% dos casos pediátricos diagnosticados.

O Protocolo 76 do Aids Clinical Trial Group – PATG 076 - demonstrou que a taxa de transmissão materno-infantil do HIV em mulheres sem intervenção (naquelas que não usaram o AZT), foi de 25,5%. Vários outros estudos evidenciaram que a maioria dos casos de transmissão materna infantil do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e que o aleitamento materno representa um risco adicional de transmissão de 7 a 22% (em média 15%). É importante ressaltar que quanto mais tempo uma criança mamar em uma mulher infectada, maior será o risco de transmissão por essa via.

Os avanços científicos de 1994, trazidos pelos resultados do PACTG 076, comprovaram que o uso da Ziduvina (o AZT) reduz a transmissão vertical do HIV em 67,5%, quando usados durante a gestação (cápsulas), trabalho de parto, e parto (endovenoso e pelos recém nascidos (solução oral), alimentados exclusivamente com fórmula infantil).

O Ministério da Saúde, buscando conhecer a prevalência do HIV em gestantes e crianças expostas, torna obrigatória através da Portaria nº 993, de 04 de setembro de 2000, a notificação de infecção pelo HIV quando há o risco de transmissão vertical. Entretanto, estas informações ainda não estão disponíveis

As estimativas de gestantes infectadas continuam sendo realizadas com base nas informações através de prevalência da infecção em parturientes, obtidas através de cortes transversais, realizados amostras aleatórias em serviços de maternidades (estudos sentinelas), evidenciando, dessa maneira, que, apesar dos esforços, a cobertura de parturientes utilizando a quimioprofilaxia para redução da carga viral no momento do parto, continua ainda muito baixa, situando-se no ano de 2001 a nível nacional, em 34,8%, no caso de Santa Catarina, especificamente, a 30,9%.

A não disponibilização da notificação da infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas, obriga o Ministério da Saúde a utilizar um indicador bastante limitado, que é o número de mulheres HIV positivo que consumiram AZT injetável no momento do parto.

Desde 1994, o Ministério da Saúde tem adquirido e disponibilizado gratuitamente o AZT oral e outros anti-retrovirais (ARV) para todos os portadores do HIV. O AZT injetável desde 1996 para as parturientes; e o AZT solução oral para todos os recém nascidos expostos ao HIV.

Estudos têm demonstrado, vários fatores associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. Pode-se citar dentre eles: a) fatores virais, tais como a carga viral, genótipo e fenótipo viral, diversidade circulante e resistência viral; b) fatores maternos, incluindo estado clínico e imunológico; presença de DST e outras co-infecções e o estado nutricional da mulher; c) fatores obstétricos, tais como a duração da ruptura das membranas amnióticas; a via de parto e a presença de hemorragia intraparto; e, e) fatores inerentes ao recém-nascido, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer e a transmissão pelo aleitamento materno.

Baseado em todos estes focos citados acima se configura o Projeto Nascer, como forma de orientação a novas metodologias, de reafirmação de algumas medidas já tomadas pelas maternidades em prol da orientação da equipe multidisciplinar atuante nos casos clínicos de Gestantes portadoras do HIV, e na melhor orientação e encaminhamento à paciente.

2.2 Objetivos

A Portaria de criação do Projeto designa como objetivos específicos:

I. estabelecer, mediante a testagem para o HIV no período pré-parto imediato, e com consentimento informado da gestante após aconselhamento, o status sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré-natal;

II. garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes HIV positivas detectadas e seus recém-nascidos;

III. garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-nascidos;

IV. testar para a sífilis 100% das parturientes atendidas no SUS;

V. garantir o tratamento adequado de 100% dos casos de sífilis adquirida em parturientes e de sífilis congênita dos recém-natos diagnosticados;

VI. criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural;

VII. implementar rotinas de melhoria do atendimento à parturiente/puérpera e seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

2.3 Abrangências

O Projeto Nascer-Maternidades atuará em maternidades do SUS (próprias e conveniadas), localizadas em municípios considerados prioritários e que atendam mais de 500 partos por ano. Os critérios adotados para seleção das maternidades foram: a) notificação de mais de 2 casos de AIDS por TV em 1999; b) notificação de mais de 5 casos entre 1995 e 1998; c) crescimento igual ou maior que 100% quando comparados os casos de aids por TV notificados entre 1991/1994 e 1995/98. Para as Unidades Federadas que não apresentaram municípios capazes de cumprir esses critérios foram incluídas as maternidades do SUS que realizam maior número de partos por ano. Ao todo foram pré-selecionadas 446 maternidades candidatas a participarem desta iniciativa.

Segundo a Portaria de criação, o Projeto Nascer-Maternidades será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde.

A nível nacional, o projeto será coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde que, para o gerenciamento dos trabalhos, deverá envolver a Coordenação Nacional de DST e AIDS, a Área Técnica de Saúde da Mulher, a Área Técnica da Saúde da Criança, o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

A nível regional, a Coordenação do Projeto caberá às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal e, a nível local, às Secretarias Municipais de Saúde, devendo cada uma delas designar o respectivo coordenador escolhido entre os correspondentes estaduais e municipais dos programas referidos no parágrafo anterior.

O Projeto deverá ser desenvolvido observando-se as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/2002.

2.4 Metodologia

Segundo o Projeto Nascer-Maternidades, as maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde deverão realizar as seguintes atividades previstas:

- I. testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido);
- II. testes para sífilis (microhemaglutinação);
- III. administração de inibidor de lactação (quando indicado);
- IV. profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes com diagnóstico positivo para infecção pelo HIV.

A testagem para o HIV será realizada naquelas parturientes que, não se submetendo a ela durante o pré-natal, autorizem sua realização após aconselhamento pela equipe de saúde, sendo que o aconselhamento pré e pós-teste, bem como a execução, deverá ser feito por profissionais da área de saúde que tenham recebido capacitação específica para esta atividade.

A execução do conjunto de procedimentos estabelecidos para profilaxia da transmissão vertical do HIV, incluindo a inibição temporária ou definitiva da lactação, deverá ser realizada por médicos ou enfermeiros, devendo sempre ser baseada no consentimento livre e no esclarecido da puérpera.

A aplicação das rotinas de profilaxia da transmissão vertical do HIV, rotinas de diagnóstico e tratamento da sífilis materna e da congênita, e as rotinas de melhoria da qualidade da assistência à parturiente, puérpera e seus recém-nascidos, deverá ocorrer de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

Inicialmente, para o desenvolvimento das atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades, o Ministério da Saúde tornará disponíveis às maternidades previamente identificadas, pelo período de seis meses, os seguintes insumos:

- I. testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (testes rápido);
- II. testes para sífilis (microhemaglutinação);
- III. anti-retrovirais;
- IV. inibidor de lactação;
- V. fórmula infantil.

A aquisição dos insumos será efetuada segundo a estimativa do número de partos realizados nas maternidades, na prevalência do HIV, na cobertura de testagem anti-HIV por Unidade Federada e no número de maternidades identificadas e cadastradas pelos estados para fazerem parte do Projeto nesta primeira etapa.

A Coordenação Nacional DST/Aids se responsabilizará pela distribuição destes insumos às Coordenações Estaduais de DST/Aids, e estas às maternidades identificadas.

2.5 Capacitação do Projeto Nascer – Maternidades

Entre as ações do Projeto, destaca-se a capacitação de equipes multiprofissionais em acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem e indicação terapêutica para sífilis e vigilância epidemiológica.

No mês de maio de 2003 foi realizada a primeira capacitação em Florianópolis para equipe pré-estabelecida no encontro do Ministério da Saúde em agosto de 2003, com sua carga horária de 32 horas, clientela com estimativas de 100% das equipes multiprofissionais que atuam na sala de parto das maternidades cadastradas no Projeto Nascer (Hospital Regional de São

José, Maternidade Carmela Dutra e Hospital Universitário Polydoro Ernani de Santiago), e como metodologia a forma de problematização entre agentes participantes de facilitadores.

A capacitação, contou com o auxílio da Secretaria de Saúde de Florianópolis, mais especificamente do Programa DST/AIDS; uma representante da Maternidade Carmela Dutra - Enfermeira Neli Canassa; uma representante do Hospital Regional de São José - Dra. Eunice Quilmento Veloso, e a equipe do Hospital Universitário, formada por obstetra, enfermeiras e neonatólogas conforme citado anteriormente.

Foram discutidas, também, ações de implementação de rotinas para o atendimento às urgências obstétricas de hipertensão e sangramento, e o partograma. O enfoque prioritário da capacitação é a mudança no processo de trabalho para implementação das ações de melhoria da qualidade da assistência ao parto e ao puerpério, com garantia de sistema de referência especializada para as mulheres HIV positivas e crianças expostas.

Este trabalho teve como objetivo geral capacitar as equipes multiprofissionais das maternidades cadastradas no Projeto Nascer – Maternidades com vistas à reorganização do processo de trabalho para melhoria da qualidade do atendimento à gestante, à puérpera e ao recém nascido, na redução da transmissão vertical do HIV e no controle da sífilis congênita.

Primeiramente, foi estabelecido um panorama atual dos casos de HIV no Brasil e em Santa Catarina, suas prevalências e incidências. (Anexo 2)

Seu conteúdo foi distribuído da seguinte forma:

Unidade I: acolhimento

- aspectos de humanização;
- ações da triagem (verificação do cartão de pré-natal, queixa referida, anamnese, exame físico);
- ações de admissão: avaliação de risco (hipertensão, sangramentos, etc), orientações de rotinas, partograma;

- papel da equipe multiprofissional;
- ética

Unidade II: aconselhamento intra-parto

- sigilo e consentimento;
- relação profissional-paciente;
- forma de transmissão (vertical);
- procedimentos de prevenção da transmissão vertical na maternidade e seus benefícios;
- teste rápido HIV e VDRL;
- pré e pós-teste

Unidade III: manejo clínico

- indicação da via de parto;
- esquema ARV profilático;
- esquema terapêutico para Sífilis;
- procedimentos invasivos;
- notificação compulsória do caso (portaria 1,943 de 18 de outubro de 2001)
- aconselhamento pós-teste rápido;
- condutas imediatas após o resultado do teste rápido na maternidade;
- assistência ao recém nascido exposto ao HIV nas maternidades

Unidade IV: assistência no pós – parto

- aconselhamento;
- não aleitamento;
- inibição da lactação;
- teste confirmatório;

- tratamento da mãe, parceiro e criança com sífilis;
- profilaxia com AZT oral;
- alimentação alternativa;
- ações de vigilância epidemiológica
- desempenho das equipes da sala de parto, enfermaria e berçário na assistência pós-parto.
- organização do Serviço;
- encaminhamentos de notificação e alta hospitalar

A Secretaria de Saúde de Florianópolis, efetua anualmente, trabalhos de capacitação e reciclagem referentes ao Projeto, a fim de que sejam concluídos todos os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde, salientando a importância das equipes multiprofissionais, sua responsabilidade e seu engajamento no projeto para melhor atendimento e bem estar da clientela atendida.

2.6 Perspectivas⁹

O sucesso do Projeto depende da responsabilidade compartilhada entre os diversos atores participantes, destacando a importância da adesão das maternidades e, principalmente, das equipes de saúde pela ação direta realizada na prestação de serviços de saúde de qualidade e pela capacidade de promover mudanças sociais.

Em 1993, o Ministério da Saúde propôs o Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita enquanto problema de saúde pública, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela Organização mundial e Pan-Americana de Saúde, definindo o seu alcance com uma meta de incidência menor ou igual a 1 caso/1000 nascidos vivos. Para que

⁹ (Oficina de Capacitação do Projeto Nascir, 2002)

essa meta seja alcançada é recomendado que se ofereça a todas as gestantes a pesquisa do *Treponema Pallidum* na primeira consulta do pré-natal, no início do 3º trimestre e no momento do parto. Este foco não se restringe apenas a Sífilis, mas também ao vírus HIV, o qual poderia já ser detectado, em muitos casos, a nível de pré-natal (ambulatorial), embora seja claro que o teste não é obrigatório por lei.

Em muitas regiões do país mais de 95% das grávidas freqüentam o serviço do pré-natal, e cerca de 91,5% tem seus bebês na maternidade, no entanto, a morbidade e mortalidade materna e perinatal permanecem altas, refletindo deficiências importantes no atendimento. (Anexo 3)

A íntima relação entre prevenção do HIV, com a assistência do pré-natal e ao parto impõe que ações conjuntas sejam implementadas pelos programas de DST/AIDS; Saúde da Mulher e da Criança; Coordenação de Nutrição; Programas de Agentes Comunitários de Saúde e da Saúde da Família nos níveis federal, estadual e municipal. Apenas desta forma, poderemos desenhar estratégias e executar ações efetivas para a prevenção do HIV, que alcancem a sustentabilidade necessária para atingir o número de mulheres que dão a luz no Brasil.

Apesar de se tratar de um Projeto novo, estima-se, através de indicadores qualitativos que, no final do ano de 2003 e durante o ano de 2004, poderão ser medidas a eficiência e a eficácia deste, embora se tratem de alterações de rotinas profiláticas, engendram também mudanças por parte das atuações (responsabilidades e comprometimentos) dos profissionais da área da saúde.

3 Análise do Projeto à luz das competências ético-políticas e técnico operativas do Serviço Social

Tomando por base alguns focos principais abordados pelo Projeto Nascer em seu plano de atuação, destaco alguns pontos que expressam íntima relação com a de atuação do Serviço Social. São eles: acolhimento; aconselhamento; escuta qualificada; leitura e esclarecimentos de direitos.

Inicialmente, gostaria de salientar que não teço aqui uma crítica quanto à organização do Projeto Nascer, mas reavivo a idéia de campos assegurados segundo a competência legal dos Assistentes Sociais, de acordo com sua competência teórica, política e ética, ensinada na academia.

Para Seidl (2000, p.32), a gravidez e o parto são experiências especiais para a mulher e seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade. Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham um papel importante. Eles podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, acolher e ajudar a parir e a nascer. Este papel encontra-se traduzido no projeto através dos sistemas de acolhimento, aconselhamento e leitura e esclarecimento de direitos.

É necessário, por parte dos profissionais da saúde, a consciência da responsabilidade de que são as primeiras pessoas que tocam cada ser que nasce. Eles têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem estar da mulher e do bebe, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos.

2.1 Acolhimento

O termo acolhimento, segundo o Dicionário Aurélio, se expressa através de: a) recepção que se faz a alguém, b) atenção, consideração, c) refúgio, proteção.

O acolhimento se inicia no acesso do paciente ao serviço, decorrente de demanda espontânea, por referencia de outra unidade da rede de saúde ou de entidade da comunidade. O que é necessário enfatizar é a importância da adoção de uma postura de acolhimento pela equipe, visando atender ao que a paciente necessita para manutenção e/ou recuperação da saúde, entendendo aqui o fator saúde, não apenas como respostas biológicas, mas em um plano social, econômico e político.

Apesar de estar delimitado no tempo, conforme o fluxo de atendimento de cada unidade de saúde, é importante esclarecer que o processo de acolhimento é construído ao longo das diversas etapas do atendimento, não se limitando a um ou outro momento, nem a este ou aquele profissional.

O que se propõe, para isto é uma redefinição de normas de procedimento que qualifiquem as relações humanas que acontecem desde o momento da chegada da parturiente à maternidade até seu retorno para casa, com seu bebê sadio. Quando nos referimos a “relações humanas” em primeiro lugar, é porque temos claro que, se não forem receptivas, *certamente poderão comprometer as relações profissionais.* Um exemplo, *infelizmente* cotidiano, no que se refere à assistência das pessoas com HIV, é a não adesão a terapia antiretroviral. (SEIDL, 2000, p.32)

Cientes das diferentes formas de abordagem da equipe multiprofissional em um ambiente hospitalar, em que cada profissional age de acordo com a perspectiva teórico operacional seguindo seus ensinamentos adaptados a rotinas cotidianas. Remeto aqui à visão ética do Assistente Social, através do qual sua preocupação abrange, na maioria das vezes, o contexto social, familiar e comunitário do paciente em questão, de acordo com a necessidade que o mesmo apresentará na fase de estadia no hospital, diferente da visão médico-hospitalar, que interpretará alguns dados qualitativos para operacionalizar o caso clínico de cada paciente.

Constatei este fato através das diferentes formas de procedimentos nas reuniões das equipes médicas, referente as gestantes de Alto Risco, realizadas semanalmente na Maternidade do Hospital Universitário, onde além de médicos e estagiários, estavam presentes o Serviço Social Social, Serviço de Psicologia e estagiárias afins.

Em muitos casos, o Assistente Social já exerce a função de triagem em um ambiente hospitalar, ou recepcionando os usuários, através de ações realizadas nas Unidades hospitalares, ou em plantões, como na inserção especial do usuário na rotina hospitalar, esclarecendo direitos e normas quanto a sua estadia na instituição.

Assim, a idéia de acolhimento não deve ser apenas focalizada como uma ação isolada no contexto do projeto, mas como um primeiro contato com o paciente, próprio para conhecimento de seu histórico de intercorrências (até a internação) e de reconhecimento para possíveis trabalhos, tanto a nível hospitalar como para encaminhamentos futuros, após sua alta (programas, projetos, etc).

Segundo a lei que regulamenta a profissão de Assistente Social, são suas tarefas orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos. (Lei 8.662/93 de 07/06/93 – Regulamentação da Profissão)

2.2 Aconselhamento

O processo de aconselhamento acompanha a gestante/puérpera em todo o período de sua estadia no ambiente hospitalar, e é fundamental ser percebido pelo profissional, a fim de não fragilizar mais a paciente que está passando por momentos unos em sua vida. Os pontos divididos no projeto para maior entendimento, são: aconselhamento no pré-parto; aconselhamento na entrega dos resultados; aconselhamento no pós-parto até a alta da maternidade.

O aconselhamento não se esgota na simples oferta e consentimento para a testagem do HIV. Propõe-se a rever crenças, representações, condições de vulnerabilidades, aproximar ou reaproximar a mulher dos serviços de saúde, promovendo a construção de alternativas individuais e coletivas de proteção e cuidado. (Oficina de Capacitação – Projeto Nascer Maternidades, 2002).

[...] em um processo de escuta ativa, individualizado e centrado na pessoa, pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos dos indivíduos para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação” (MS, 2000, p.11)

O projeto ressalta que em todo o processo de aconselhamento, a equipe deve estar atenta para:

- oferecer a cada momento do processo de parto e puerpério, informações precisas e pertinentes à pacientes;
- avaliar as condições emocionais e capacidade de entendimento da parturiente;
- avaliar tempo hábil para realização do aconselhamento e condutas;
- abordar a mulher com isenção de julgamentos;
- evitar atitudes coercitivas (não impor decisões);
- utilizar linguagem o mais simples e clara possível para garantir a compreensão das informações;
- garantir e informar a confidencialidade/sigilo das informações compartilhadas

Para o aconselhamento, como ponto de abordagem marcante no Projeto, vínculo ao Código de Ética do Assistente Social, o sigilo profissional, e a sua proteção em decorrência deste exercício, ressaltados nos artigos 15º e 16º.

Para o Assistente Social é do seu dever o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados, a discussão das diferenças, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional.

Segundo o Código de Ética:

Art. 5º - São deveres do assistente social nas suas relações com os usuários:

b) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando decisões dos usuários, mesmo que estejam contrárias aos valores e as crenças individuais dos profissionais resguardados os princípios deste Código;

c) democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis a participação dos usuários;

g) contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados. (CFESS, 1993. p.18-19)

É no aconselhamento que o Assistente Social consegue evidenciar as questões sociais individuais a serem trabalhadas, oriundas tanto do fator doença, (condição de doente internado), até o fator biológico natural (parto).

2.3 Escuta qualificada e esclarecimento de direitos

Tanto no processo de Acolhimento quanto no de Aconselhamento, destaca-se o trabalho de escuta qualificada e ativa, tecnicamente direcionada pelo profissional para o foco da questão a ser trabalhada.

Segundo o Código de Ética (1993), são deveres do assistente social:

Art. 3º - d) participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

De acordo com a problemática apresentada, referente a gestante portadora do vírus HIV, antes de ser foco direto do Projeto, o Assistente Social tem como um dos objetivos principais, dentro da instituição hospitalar, o esclarecimento referente a direitos (desde direitos da paciente quanto a sua internação, direitos provenientes do SUS, direitos a gestação, parto e puerpério até o fator HIV com seus direitos específicos).

O Serviço Social, bem como outras profissões, tem em seu elenco possibilidades de agregar a função de facilitador de informações, ou seja, ele é, também um educador social, esclarecedor de direitos civis, econômicos e políticos para a sociedade menos favorecida tanto de informações quanto economicamente.

Os objetivos da Educação em Saúde são de desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. (MS –2003)

O direito à informação é um importante instrumento do Serviço Social e diz respeito ao direito da pessoa saber o que acontece com o seu corpo, e mesmo os riscos inerentes aos procedimentos ou tratamentos eventualmente propostos para que possa exercer, com segurança e de forma autônoma, suas escolhas.

A Constituição Brasileira assegura que cada mulher e cada casal têm o direito de decidir qual o número de filhos que deseja vir a ter. Esta opção não pode ser determinada ou influenciada pelo Estado ou por políticas de controle populacional. A isso chamamos de “direitos reprodutivos”. O processo de planejamento familiar geralmente é desenvolvido nos hospitais por programas articulados pelos setores de Serviço Social.

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos amplamente reconhecidos em documentos nacionais e internacionais: o direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem, livre e responsavelmente sobre o número e o espaçamento de filhos, e disporem de informação, educação e meios necessários para manterem essa decisão. Incluem, ainda, os direitos sexuais, ou seja, viver com plenitude e saúde sua sexualidade.

Para a Constituição Federal de 1988:

Art. 196º - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Quanto a Assistência Social, também designada pela Constituição de 1988:

Art. 203º - A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social e tem por objetivos:

- I – a proteção à família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice;
- II - o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;

Apesar da hegemonia das atitudes e dos trabalhos das ciências médicas na área da saúde, constata-se que nos dias atuais, em um ambiente hospitalar, é de suma importância agregarmos a idéia de equipes multidisciplinares, partindo do princípio que o fator doença versus saúde não se resume apenas a fatores biológicos, mas sim em econômicos e sociais.

A interdisciplinaridade auxiliar ocorre quando são integradas informações de disciplinas afins, sempre subordinadas a uma disciplina hegemônica, que coordena e direciona as demais. Vasconcelos (1996, p. 140) chama a atenção para o uso da expressão paramédica para ilustrar esse tipo de colaboração na saúde. Configura-se como a utilização de uma ou mais disciplinas para o domínio de uma disciplina específica já existente, que se posiciona como campo receptor e coordenador das demais.

Para Nogueira (1999, p.12), a ação interdisciplinar vem como uma resposta à diversidade à especialização características da modernidade, tanto em relação aos conhecimentos como ao mundo profissional. Surge não contra a cegueira do especialista, mas como possibilidade de integrar um conhecimento específico aos demais, enriquecendo a compreensão do objeto estudado e ampliando a eficácia interventiva.

Vasconcelos (1996, p.196), salienta que existem obstáculos a estas ações interdisciplinares, alertando o vínculo direto aos saberes e às práticas estarem fortemente ancorados em instituições e organizações corporativas, gerando as tensões sócio-institucionais entre os profissionais neste plano.

Como princípios fundamentais da profissão, na concepção de trabalhos em equipe, o Código de Ética ressalta o incentivo, sempre que possível, à prática profissional interdisciplinar; e principalmente, ao realizar uma crítica pública a colegas e outros profissionais, fazer sempre de maneira objetiva, construtiva e comprovável, assumindo sua inteira responsabilidade.

Esta participação que referencia o trabalho específico e comprometido do Serviço Social como agente capacitado para exercer a função de multiplicador de informações conforme a dinâmica do Projeto Nascer, informada no capítulo anterior, é comprovado através de seu comprometimento técnico operativo, assegurado pelo Código de Ética e lei regulamentadora da profissão:

- a) programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente;
- b) contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesses da população usuária, (Artigo 8º, Código de Ética)

A designação profissional de assistente social é privativa dos habilitados, e competem de forma legal:

II – elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III – encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população; (Art. 3º - Lei 8.662/93 de 07/06/93 – Regulamentação da Profissão)

Quanto as atribuições privativas do assistente social, a lei expõe que é de suas habilidades:

II – planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidades de Serviço Social;

XII – dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

Para Nogueira (1999, p.05), o trabalho em equipe situa-se como uma das formas de dar maior rentabilidade às atividades humanas, superando as ações fragmentadas e buscando uma visão de globalidade, atributo dos fenômenos e fatos sociais. Quando realizado por

profissionais com saberes e práticas específicas, legitimadas institucionalmente, apresentam algumas características que devem ser recuperadas quando se tenta identificar os elementos que determinam o sucesso do trabalho conjunto.

Ciente da dificuldade de interpretar tal atuação, em se tratando do campo da saúde, altamente denso, segundo suas equipes multiprofissionais e interdisciplinar, venho aqui resgatar o outro lado da doença AIDS, como um conjunto de fatores biológicos, sociais, político, educacional, em suma, como uma questão social propriamente dita, conforme o resgate nos capítulos anteriores.

Dentre as ações a serem realizadas pelos assistentes sociais nos hospitais, necessárias ao atendimento dos usuários, de forma interdisciplinar e em articulação com equipe multidisciplinar e Conselhos de direito, destaco algumas propostas pelo CRESS (2003, p.10-11):

- indicar e/ou realizar, em conjunto com os demais hospitais e com as Secretarias de Saúde, campanhas ou eventos educativos, voltados para a comunidade e para as demais unidades de saúde, no sentido de democratizar as possibilidades de prevenção tendo como parâmetro o perfil dos usuários das Unidades de Saúde;

- incentivar e participar, junto aos demais profissionais de Saúde, da rediscussão do modelo assistência e da elaboração das normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e as demandas da população usuária o que exige o rompimento com um modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;

- criar uma rotina que assegure a participação do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar, no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação, a plena informação e a discussão sobre as necessidades, possibilidades e consequências da mesma;

- criar mecanismos (rotinas) e ações institucionais (recepção integrada) que agilizem e facilitem o comparecimento dos familiares/colaterais à Unidade de Saúde, possibilitando a participação sistemática e continuada da família no processo de internação;

- fomentar e manter sistema de referência com unidades de atenção básica e secundária no sentido de garantir a continuidade do processo de educação em saúde iniciado na unidade hospitalar, principalmente nos casos relacionados às doenças crônico-degenerativas, DST/AIDS, acidentes de trabalho e doenças profissionais;

- manter canais e mecanismos de articulação com instituições públicas, particulares, ONG's e serviços, seja diretamente, através de visita institucional ou em contato telefônico, como forma de assegurar a qualidade de atenção prestada, considerando o sistema de referência e contra referência.

Seidl (2000, p.31), ressalta que a saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Essa abordagem é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira, em especial aquela de menor renda, pois esta tem carências marcadas daquilo que se convencionou chamar de necessidades básicas, que interferem na sua saúde e em seu bem-estar. É com essa abrangência conceitual que será possível identificar estratégias e programas de saúde que possam reduzir a distância entre os vastos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e sua limitada aplicação, com uma visão humanística na promoção da saúde das pessoas.

Apesar do eterno dilema das execuções do Assistente Social em ambientes hospitalares estarem diretamente ligadas a setores de plantões¹⁰, com ações imediatistas e, muitas vezes, extremamente assistencialistas, é necessário resgatar a capacidade profissional para as atividades relacionadas a educação em saúde e agentes orientadores, como, por exemplo, do projeto em questão. Muitas vezes a população procura o assistente social com uma queixa (travestida de demanda), que nem sempre corresponde ao real problema pelo qual passa: a contribuição que o Serviço Social pode efetivar – e é aí que reside o objetivo profissional – é o de apresentar outros elementos que auxiliem na problematização da situação trazida, redimensionando assim a demanda apresentada. A clarificação dos diferentes níveis constitutivos de uma realidade é aspecto fundamental à elucidação de saídas possíveis ou encaminhamentos futuros a serem dados pelos usuários (MARQUES, 1999).

¹⁰ Segundo Marques, referenciando a atividades do assistente social em plantões: “[...] é no espaço desta atividade que o profissional recebe uma complexa variedade de demandas, travestidas de queixas, que são reveladoras do tipo de sociedade e de valores concernentes ao nosso tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As décadas foram se passando, mas a forma marcante de exclusão e estreitamento das relações de trabalho e sobrevivência do trabalhador, continuam até os dias atuais, só que nas formas travestidas de desemprego, mercado informal de trabalho ou a não inclusão de um contingente de força de trabalho em políticas abrangentes consideradas “a todos e para todos” de forma seletiva e clara. Nem todos, de uma forma ou outra se incluem no padrão de trabalhadores da nova sociedade neoliberal considerados integrantes de um grupo apto a receber os ditos “direitos amplos sociais”, tanto na previdência quanto na assistência e até mesmo na saúde.

O Estado, por sua vez, reconhece de forma clara as deficiências que o próprio sistema capitalista traz para as relações sociais, no entanto, reforça sua intervenção e conscientização de que ele existe nas medidas que abrandam a situação de exclusão, fazendo com que de forma direta, suas ações favoreçam a então classe desfavorecida, pois o restante das classes, a sociedade civil encarrega-se de viabilizar melhores formas de organização das necessidades básicas.

Hoje em dia, a preocupação com o dito “social” é bem mais ampla e complexa, pois é foco de várias profissões e interesses comuns na sociedade, expressada através de várias vestes como responsabilidade social, seguridade social, política social dentre outras.

Infelizmente, no âmbito do Estado, reconhecido como provedor de políticas públicas, encontramos inúmeras medidas compensatórias, as quais vão sendo somatizadas e repetidas no interior das instituições, sem ao menos se indagar a qual foco culminante da questão social são proveniente, e o porquê de estarem sendo trabalhadas através de projetos e programas implantados pelo governo.

Diante do Projeto Nascer, juntamente com as propostas expostas pelo Conselho Regional de Serviço Social – 7ª Região, evidenciei as possibilidades das ações do Serviço Social no ambiente hospitalar, o que poderia perfeitamente ser aplicado de forma

interativa, como atitudes profissionais adaptadas pelos Assistentes Sociais, já que suas competências técnico-operativas lhe qualificam para tal trabalho.

A lógica da rotina dos hospitais sobrecarrega o Serviço Social com questões burocráticas, não relacionadas à saúde/doença. Estas questões poderiam ser encaminhadas por técnicos treinados e supervisionados pelo Serviço Social. Por outro lado, atentos exclusivamente ao que lhes é demandado da sua formação específica – nem sempre de qualidade –, os diferentes profissionais de saúde dirigem-se, com frequência, aos assistentes sociais com solicitações de ações que devem ser realizadas pelo próprio profissional demandante, como regem a rotina da unidade ou da instituição e a prioridade à atenção integral, afirmadas na lei.

Esta situação sobrecarrega os assistentes sociais que precisam interromper suas ações para orientar os profissionais que desconhecem a rotina da própria unidade/ instituição em que trabalham. Uma situação que demanda não só uma capacitação continuada relacionada a sua atuação específica, mas treinamento e reciclagem de todo o corpo profissional em relação à rotina da unidade e dos serviços e na relação com os usuários, como esta assegurado nas Leis Orgânicas dos Municípios. (CRESS – 7ª Região, 2003)

A ausência de planejamento e ações multiprofissionais dirigidas à preparação da internação e alta, principalmente nos aspectos relacionados à educação em saúde, prevenção de danos, riscos e agravos e promoção da saúde, leva a uma priorização de ações dirigidas a cura momentânea das doenças e à solução de problemas relacionados às questões burocráticas que envolvem a alta hospitalar – remoção, liberação de leito – e providências exigidas em determinadas intercorrências – ausência da família/acompanhante, desorientação do paciente. A necessidade de esclarecimentos e providências necessárias a serem tomadas na internação e alta de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas e infecto contagiosas (DST/AIDS), de acidentes (trabalho, trânsito), de violência (transito, domestica, urbana), e de pacientes sem condições de prosseguir tratamento não são suficientes nem substituem as ações educativas e de

promoção da saúde, necessárias a prevenção de agravos, riscos, reincidências, reinternação. (CRESS – 7ª Região, 2003)

É neste contexto de direitos e planos sociais que o Assistente Social emerge como agente articulador das políticas sociais, bem como esclarecedor de direitos, e de forma dinâmica, um educador social.

Atento a prática do Assistente Social em um ambiente hospitalar, não apenas vinculado a serviços relacionados a plantões ou rotinas institucionais enraizadas, mas principalmente a sua capacidade intelectual de articulação e leitura da realidade em casos específicos relacionados a questão social ampla e individual.

Nos casos citados referentes ao processo de trabalho orientado pelo Projeto Nascer, constato que já há práticas incorporadas por si só nas rotinas de atendimento do Serviço Social, o que diferencia dos demais profissionais da saúde, através da proposta do Projeto.

Acredito além na competência teórico, ética e política do Assistente Social, nas questões relacionadas a educação em saúde e mediação entre programas e projetos com finalidades de encaminhamentos. Explicito aqui mais uma atividade proposta no PN, como Agente Multiplicador de informações do próprio projeto, ponto este a ser repensado na organização e implementação do Ministério da Saúde, o qual, a seus primórdios, restringia os participantes a somente aqueles profissionais que estariam presentes na hora do parto.

O Conselho Regional da 7ª Região propõe como ações do Serviço Social suscitar, no âmbito e espaço do plantão, discussões com a população usuária acerca das condições de vida, de trabalho e de estilo de vida e a relação destas com a promoção de saúde, prevenção de riscos, agravos e danos, e com o tratamento como por exemplo, a realização de atendimento em grupos no plantão e a realização de um programa de “salas de espera” no âmbito da unidade que atinja usuários de diferentes serviços, objetivando atingir as demandas indicadas como prioridade.

Em Hospitais-Maternidades, que possuem comumente serviços ambulatoriais de pré-natal, atendimento ginecológico e atendimento pediátrico, trabalhar diretamente com estas gestantes, ou ainda com as futuras gestantes, pontos abordados no Projeto Nascer, referente a Transmissão Vertical, incorporando não só a promoção em saúde, mas principalmente a prevenção, que suscitará em menos casos de portadores de HIV futuros.

A maioria dos postos de Saúde não possui assistente social e as unidades de média complexidade que contam com esse profissional os têm em número insuficiente. Diante disto, a política de recursos humanos da Rede de Saúde dos Municípios, não vem atendendo às reais necessidades das unidades, o que inviabiliza o trabalho necessário de prevenção e promoção da saúde com população vizinha as unidades, o que aglomera e sobrecarrega as portas de entradas dos Hospitais de Emergências. (CRESS – 7ª Região, 2003)

Em suma, acredito na necessidade de o assistente social, trabalhar seu perfil, comprometimento e sua capacidade de articulação profissional, ética e competências legais em um ambiente hospitalar, visto que se trata de um profissional que: [...] compreende o sentido social da operação e a significância da área no conjunto da problemática social. (Netto, 1996, p.125).

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. Et al. Vulnerabilidades e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.M; PARKER, R. (Orgs.) *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Ed.34, 1999.
- BARATA, Rita de Cássia Barradas. *A historicidade do conceito de causa*. Textos de Apoio. Epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1985
- BRASIL, República Federativa do. *LEI Nº 8.662/9*. Publicada no Diário Oficial da União de 08 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.
- _____, Ministério da Saúde. (1988) "Recomendações para implementação da assistência médica à sida/AIDS no Brasil", *AIDS Boletim Epidemiológico*. Ano I, Nº 9, Semana Epidemiológica 9 a 13/1989.
- _____, Ministério da Saúde. *Manual de aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília, 2000.
- _____, Ministério da Saúde. *Manual de Assistência Humanizada ao Parto, Aborto e Puerpério*, 2001.
- _____, Ministério da Saúde. *Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Materna – Infantil do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes* – Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília, 2001.
- _____, Ministério da Saúde. *Manual de Controle das DST*. Coordenadoria Nacional de DST/AIDS, 3ª edição, 1999. Disponível em: www.aids.gov.br/assistencia/manualdst/item05htm. Obtido em 15 de novembro de 2003.
- _____, Ministério da Saúde. *Manual Técnico de Implantação - Sistema de Logística de Insumos de diagnóstico e Assistência a Gestantes e Parturientes HIV positivas e com Sífilis, e crianças Expostas ao HIV e com Sífilis congênita*. Brasília. 2000.
- _____, *Constituição da Republica Federativa do Brasil*, 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização de texto: SIQUEIRA, Valmir Ascheroff de, et all (orgs). Rio de Janeiro: Esplanada, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Disponível em 2003. Obtido em 20 de dezembro de 2003 - http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_funciona.asp
- _____, República Federativa do. Portaria n.º 2104. Publicada no Diário Oficial da União de 19 de novembro de 2002.. Dispõe sobre a implantação do Projeto Nascer – Maternidades.
- CARDOSO, Franci Gomes. Questão Social: fenômeno vinculado à histórica luta de classes e determinante básico do Serviço Social como profissão. In. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social*. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília – Jan a Jun de 2000.

CFESS, *Código de Ética do Assistente Social*, Resolução CEFESS nº 290/94 e 293/94 de 13/03/1993, Publicado no Diário Oficial da União nº 60, de 30/03/93, Seção 1, páginas 4004 a 4007.

CRESS. *O serviço social em hospitais: orientações básicas*. Comissão de Saúde do Conselho Regional de Serviço Social – 7ª Região, Grupo de Trabalho de Hospitais. Maio de 2003.

Declaração universal dos direitos humanos. Secretaria Nacional dos direitos humanos. Poder Executivo – Ministério da Justiça. Brasília. 1998

Filosofia da Maternidade, Outubro de 1995. Hospital Universitário de Florianópolis. Serviço Social do Hospital Universitário Polidoro Ernani de Santiago. Florianópolis. 1995

IAMAMOTO, Marilda V. A Questão Social no Capitalismo. *Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS*. Ano II. Nº3. Rio de Janeiro, Graffline., Rio de Janeiro de 2001.

IAMAMOTO, Marilda V. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 6. ed. São Paulo, Cortez, 2003.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

MARQUES, Elizabeth da Luz. *Superando Desafios: O Plantão na Prática do Serviço Social*. UERJ. Rio de Janeiro. 1992

NARCISO, Argeria Maria Serraglio. Adesão: *Eu, Você e o HIV*, 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: *Revista Serviço Social & Sociedade*, nº 50, abr/1996.

NETTO, José P. Cinco notas a propósito da “questão social”. *Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS*. Ano II. Nº3. Rio de Janeiro, Graffline., Rio de Janeiro de 2001.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. *A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde*. Florianópolis: UFSC. 1999

Organização Pela Vida. *Mulheres, saúde reprodutiva e AIDS*. Disponível em 2003. Obtido em: <http://www.pelavida.org.br/public.htm>, em 10 de novembro de 2003.

Plano de Ação de Serviço Social na Maternidade do Hospital Universitário. Hospital Universitário Polydoro Ernani de Santiago. Florianópolis. 2002.

RODRIGUES, Maísa Paulino, ARAUJO, Mariza Sandra de Souza. *O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família*. CRESS. Florianópolis. 2001

SEIDL, Eliane M. F., *Humanização da assistência obstétrica/acolhimento da parturiente*. Oficina de capacitação do Projeto Nascer, Universidade de Brasília, 2002.

SOARES, Graziela de Almeida. **Auxílio Natalidade: uma questão de direito**. UFSC: 2001. Florianópolis.

SCHARTZ, E., NOGUEIRA, Vera M. R., Exclusão social – a desigualdade do século XX. In: *Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social*. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília – Jan a Jun de 2000.

SERRA, Rose M. S. A questão social hoje. In: *Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social*. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília – Jan a Jun de 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez. 2002.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. Enigmas do Social. In: *Desigualdade e a questão social*. BELFIORE-WANDERLEY, Mariângela; Bógus, Lúcia; YAZBEK, Maria Carmelita (ORGs) São Paulo: EDUC, 2000.

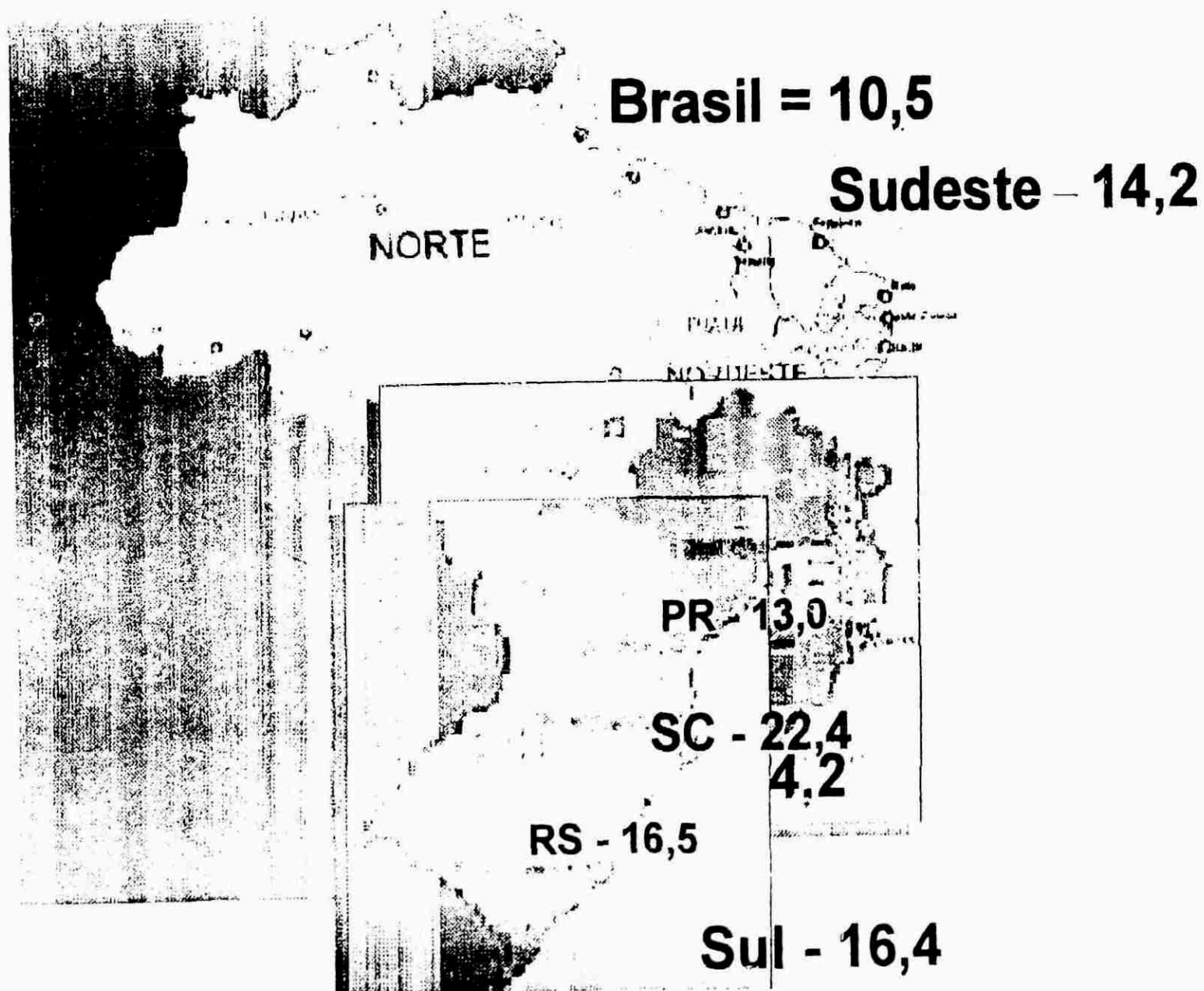
WIESE, Michelly Laurita. *A Categoria Social no âmbito das práticas profissionais no Programa Saúde da Família do Município de Blumenau.*, 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

YAZBEK, Maria C. Pobreza e Exclusão Social: expressões da questão social no Brasil. *Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPPSS*. Ano II. Nº3. Rio de Janeiro, Grafline., Rio de Janeiro de 2001

ANEXOS 01



Taxa de Incidência (por 100 mil/Hab) Ano 2000



ANEXOS 02



A Epidemia de Aids em Santa Catarina

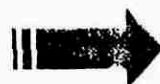
População do Estado: 5.350.000

Total de municípios do Estado: 293

Municípios com notificação: 182 (62,1%)

Casos notificados de HIV/Aids (1984-abr/02):

10.207



9.623 adultos

584 crianças (93,3% TMI)

Sub-categoria de exposição: 45,0% heterossexual

35,3% UDI

Faixa Etária: 20 a 49 anos

Razão homem/mulher: 2/1

Incidência: 22,4

Fonte: IBGE

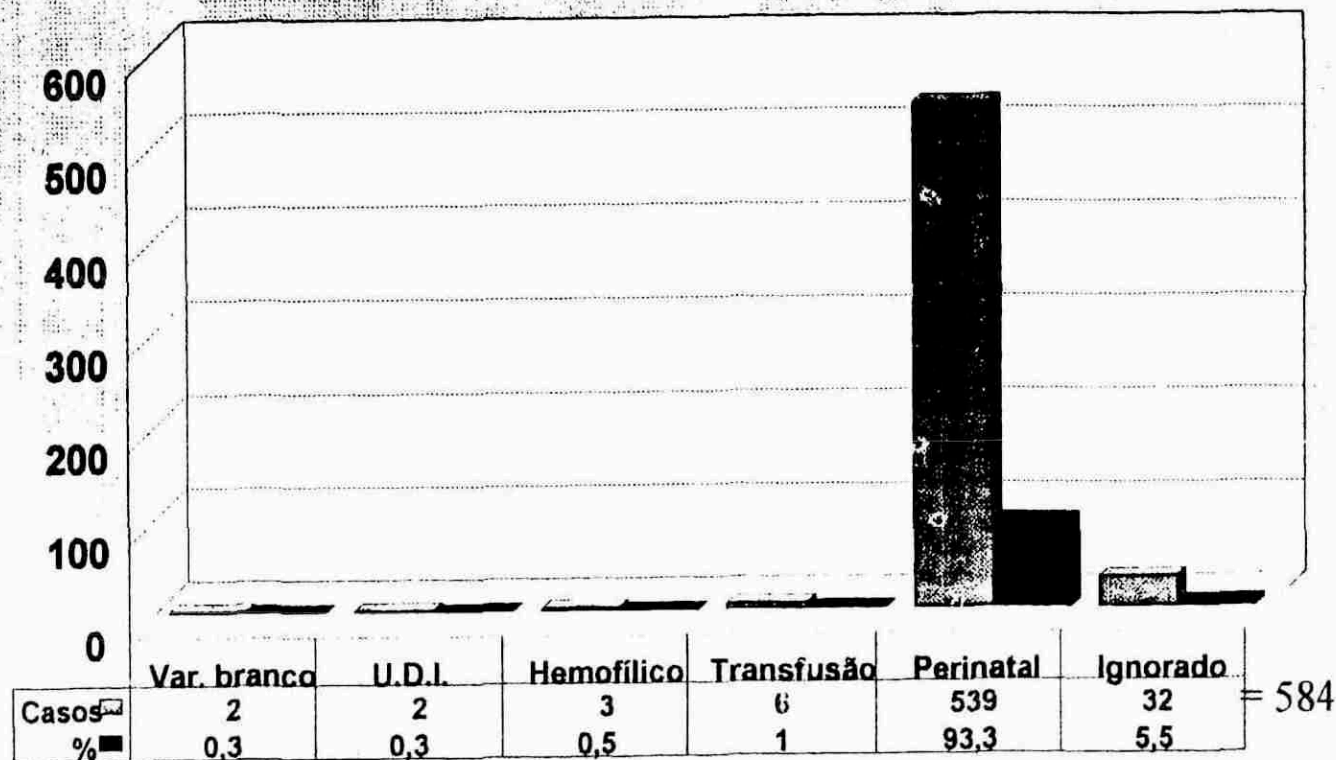
Gerência DST/Aids – DIVE - SES

Rede de Assistência em DST/AIDS em Santa Catarina





Distribuição dos casos notificados de AIDS em indivíduos menores de 13 anos de idade no Estado de Santa Catarina, segundo categoria de exposição de 1988 a 2002*.



Fonte: GE-DST/AIDS/DIVE/SES (SINAN - W, *Dados preliminares sujeitos a revisão).

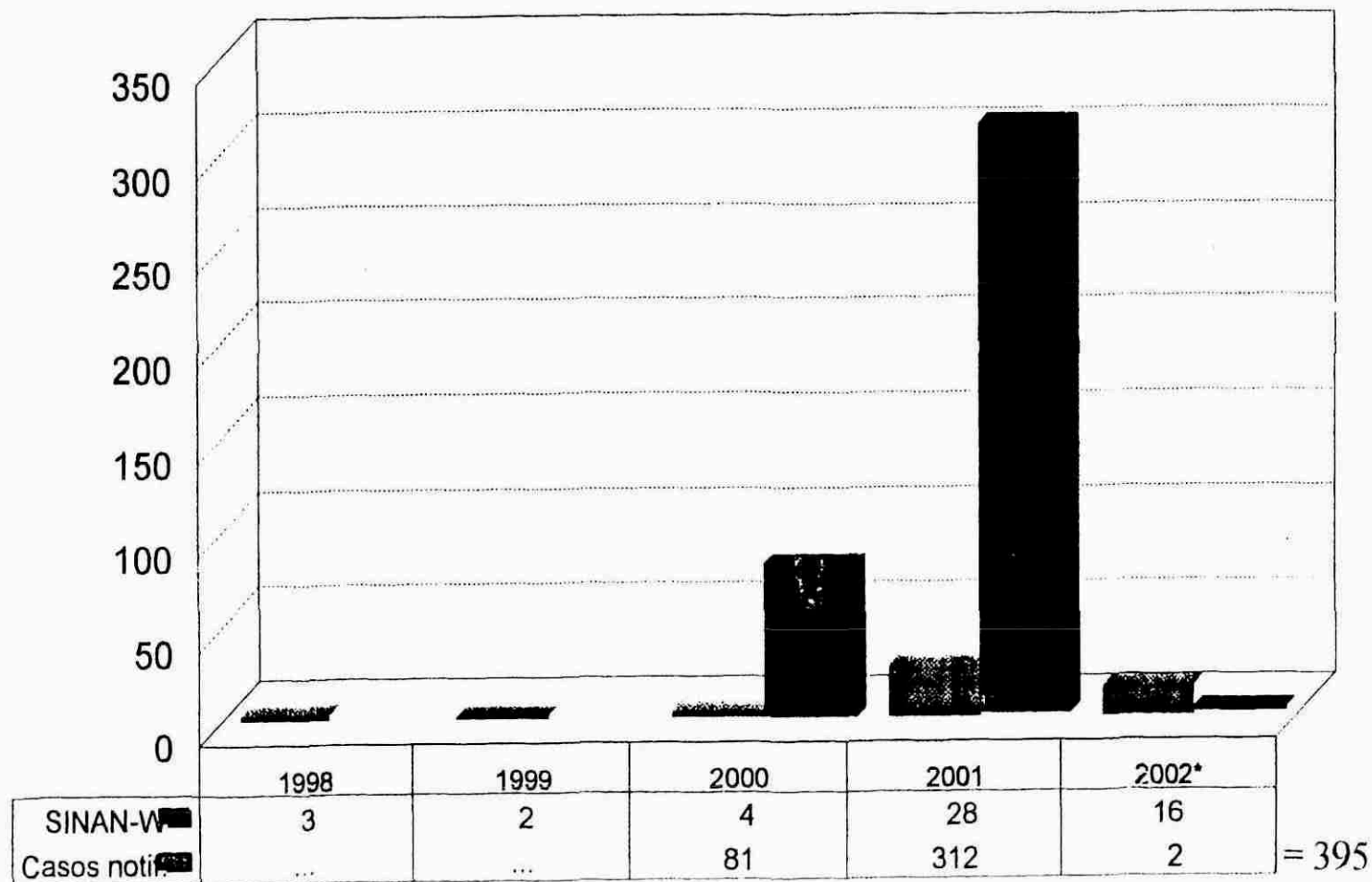


Casos de AIDS (por 100mil/Hab) nos 100 Municípios Brasileiros com maiores nºs de Casos Notificados – Brasil 1980/01

Município de residência	Período de diagnóstico												Total 1980-2001	
	80-90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01		
17 - Florianópolis	113	74	165	179	189	264	244	190	223	183	153	118	2095	0,9
26 - Itajaí	74	88	50	108	108	120	107	157	190	124	113	63	1302	0,6
31 - Joinville	29	22	33	39	51	78	80	91	168	156	212	135	1094	0,5
49 - São José	20	14	19	15	50	69	73	93	63	81	82	56	635	0,3
54 - Blumenau	23	18	18	28	42	67	92	74	89	57	56	37	601	0,3
57 - Criciúma	14	22	23	29	41	54	83	73	98	63	48	33	581	0,3
84 - Bal. Camboriú	29	19	16	20	16	37	50	36	56	31	53	20	383	0,2



Número de casos notificados de gestante infectada pelo HIV (SINAN - W), no Estado de Santa Catarina.



Fonte: GE - DST/AIDS/DIVE/SES

Nota: A notificação da gestante infectada pelo HIV passou a ser compulsória a partir de setembro de 2001.

No SINAN - W estão registrados 53 casos até Abril/2002 (Dados preliminares sujeitos a revisão).

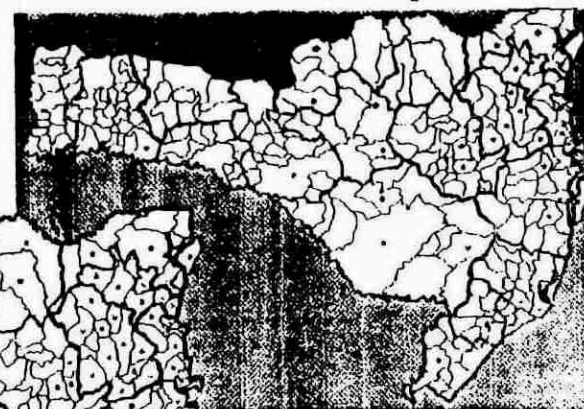
A Gerência possui 342 cópias de casos notificados que ainda não foram incluídos no SINAN - W, pelos municípios e Regionais de SAÚDE.



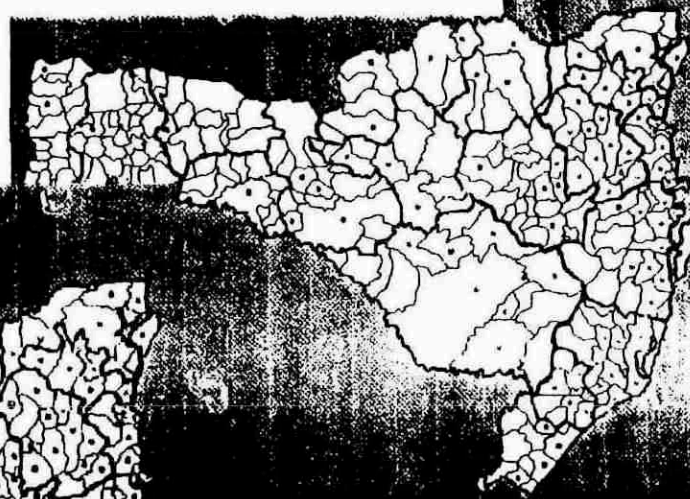
Evolução dos Casos de Aids em Santa Catarina

1984 – 1989

36 Municípios



**1984 - 1995
105 Municípios**



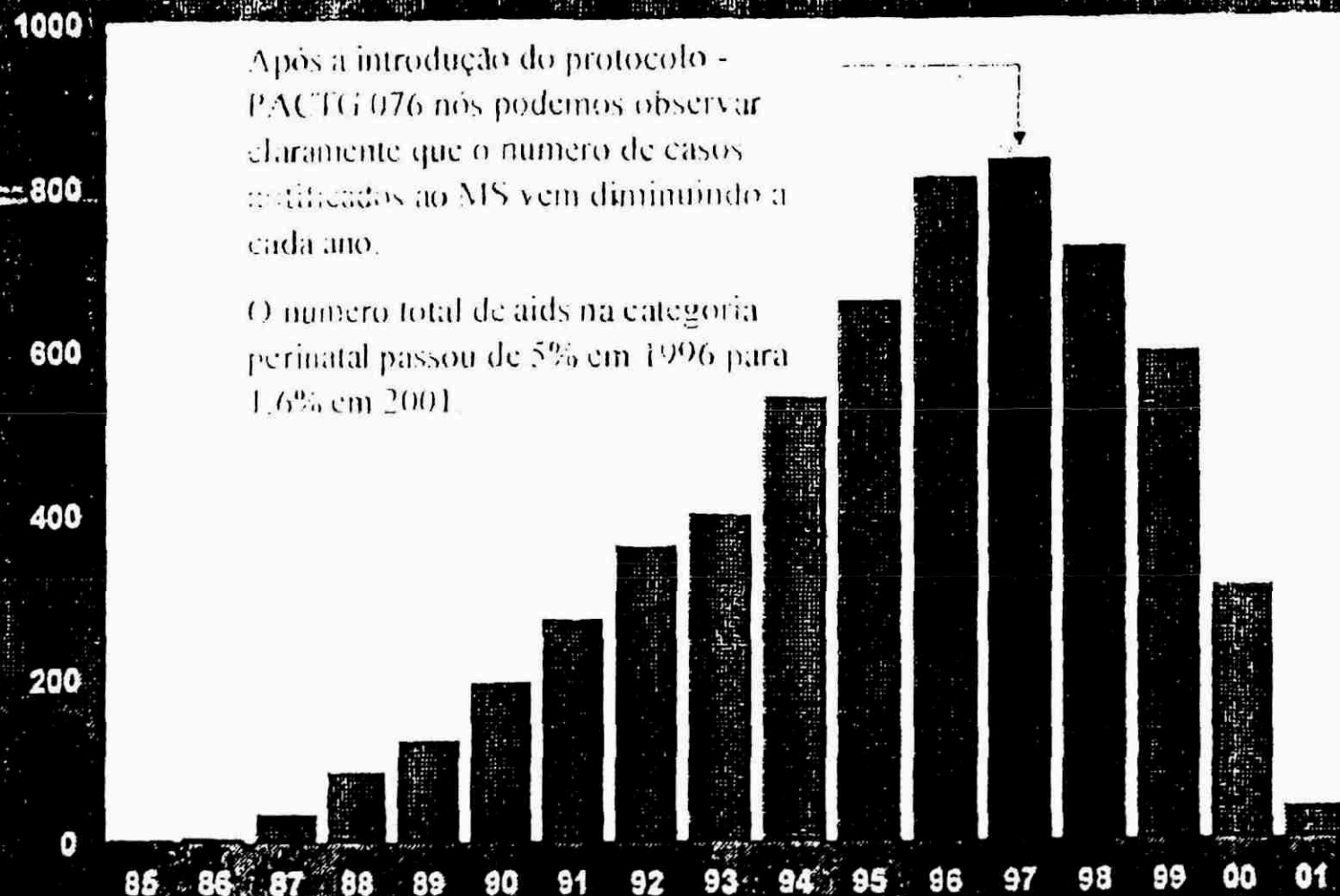
**1984 - 2000
165 Municípios**



Até 2001, 182 Municípios notificaram casos de Aids desde 1984 = 62,11% do total de Municípios do Estado

ANEXOS 03

Casos de AIDS notificados na categoria perinatal por ano de diagnostico. Brasil, 1985 a 2001*.



* Casos, notificados até 30 de junho de 2001.